



न्यू जर्सी बैंक व बीमा प्रभाग

दावों की यूएम (UM) अपील और स्वतंत्र मध्यस्थता में चिकित्सीय अभिलेखों (मेडिकल रिकॉर्ड्स) को जारी करने के लिए उपयोग प्रबंधन निर्धारण और प्राधिकरण की अपील के अभ्यावेदन पर सहमति

उपयोग प्रबंधन (UM) निर्धारण की अपीलें

यदि आपका वाहक यह नियत करे कि आपकी स्वास्थ्य लाभ योजना के अंतर्गत संरक्षित सेवा या उपचार चिकित्सीय रूप से आवश्यक नहीं है या नहीं था तो आपको अपने बीमाकर्ता, एचएमओ या अन्य कंपनी जो आपको स्वास्थ्य लाभ (वाहक) प्रदान कर रही हो, से उसके उपयोग प्रबंधन (UM) निर्णय को बदलने की मांग करने का अधिकार है।* यह यूएम (UM) अपील है। आपको अपने लिए यूएम (UM) अपील करने के लिए चिकित्सक, अस्पताल या अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता की सहायता लेने का भी अधिकार है।

यदि आप न्यू जर्सी से जारी किसी स्वास्थ्य लाभ योजना में संरक्षित हैं तो अपील करने के तीन चरण हैं। चरण 1: वाहक आपके मामले की पहले समीक्षा करने वाले स्वास्थ्य सेवा पेशेवर के अलावा किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा पेशेवर से आपके मामले की समीक्षा कराता है। चरण 2: वाहक एक ऐसे पैनल से आपके मामले की समीक्षा कराता है जिसमें आपके जैसे मामलों के लिए प्रशिक्षित चिकित्सीय व्यावसायिक (मेडिकल प्रोफेशनल) समिलित होते हैं। चरण 3: न्यू जर्सी बैंक व बीमा प्रभाग (DOBI) के स्वतंत्र स्वास्थ्य रक्षा अपील कार्यक्रम के माध्यम से एक स्वतंत्र उपयोग समीक्षा संगठन (IURO) से आपके मामले की समीक्षा कराता है जो उन लोगों के साथ अनुबंध करता है जो आपके जैसे मामलों को देखते हैं। स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से अपेक्षा है कि वह प्रत्येक चरण पर अपील करने से पहले एक पत्र आपको भेजे कि वह अपील करना चाहता है।

तीसरे चरण में, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता आपकी निजी व चिकित्सीय जानकारियां डीओबीआई (DOBI), आईयूआरओ (IURO) और आईयूआरओ (IURO) से संबद्ध चिकित्सीय व्यावसायिकों के साथ बांटेगा। कानून प्रत्येक व्यक्ति को आपकी जानकारी को गोपनीय रखने को बाध्य करता है। डीओबीआई (DOBI) को आईयूआरओ (IURO) निर्णयों के बारे में आंकड़े प्रस्तुत करने होंगे परंतु इन रिपोर्टों में कभी भी कोई निजी जानकारी नहीं दी जाती है।

आपको अधिकार है कि आप कभी भी अपनी सहमति को रद्द कर दें। यूएम(UM) निर्धारण की अपील के लिए सूचना प्रदान करने और अभ्यावेदन करने की आपकी सहमति इस सहमति पर हस्ताक्षर करने के 24 माह बाद समाप्त हो जाएगी।

दावों की स्वतंत्र मध्यस्थता

आपके स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को अधिकार है कि वह कुछ दावों को डीओबीआई (DOBI) के माध्यम से स्वतंत्र दावा मध्यस्थता प्रक्रिया में समिलित करे। दावों की मध्यस्थता करने के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रदाता आपकी कुछ निजी व चिकित्सीय जानकारियां डीओबीआई (DOBI), मध्यस्थता संगठन, मध्यस्थता व्यावसायिकों के साथ बांट सकता है। प्रत्येक आपकी जानकारी को गोपनीय रखने को बाध्य है। डीओबीआई (DOBI) मध्यस्थता निर्णयों के बारे में आंकड़े रिपोर्ट करता है परंतु इन रिपोर्टों में कोई निजी जानकारी नहीं दी जाएगी। मध्यस्थता प्रक्रिया के लिए सूचना प्रदान करने की आपकी सहमति इस सहमति को हस्ताक्षर करने के 24 माह बाद समाप्त हो जाएगी।

दावों की मध्यस्थता और यूएम (UM) अपील में सूचनाओं को जारी करने के लिए उपयोग प्रबंधन निर्धारण अपील और प्राधिकरण के अभ्यावेदन पर सहमति

नाम छापें	चिह्नित करके <input checked="" type="checkbox"/> (या <input type="checkbox"/> X)	और हस्ताक्षर करके, निम्नलिखित से सहमति व्यक्त करता हूं
-----------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

- एन.जे.एस.ए. 26:2 एस-11 द्वारा अनुमत प्रतिकूल यूएम (UM) निर्धारण की अपील और डीओबीआई (DOBI), उसके स्वतंत्र स्वास्थ्य सेवा अपील कार्यक्रम के अनुबंधकर्ताओं और अपील की समीक्षा करने वाले स्वतंत्र अनुबंधकर्ताओं को निजी स्वास्थ्य सूचना जारी करने के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रदाता का नाम का अभ्यावेदन। अभ्यावेदन और सूचना जारी करने के प्राधिकरण की मेरी सहमति 24 माह में समाप्त हो जाएगी, लेकिन मैं इसे पहले भी रद्द कर सकता/सकती हूं।
- डीओबीआई (DOBI), उसके स्वतंत्र दावा मध्यस्थता कार्यक्रम के अनुबंधकर्ता, और अन्य स्वतंत्र अनुबंधकर्ता जिनकी मध्यस्थता प्रक्रिया में आवश्यकता हो सकती है, को निजी स्वास्थ्य सूचना जारी करना। दावा मध्यस्थता के उद्देश्य से सूचना जारी करने का मेरा प्राधिकरण 24 माह में समाप्त हो जाएगा।

हस्ताक्षर _____ आईएनएस. आईडी #: _____ दिनांक: _____
रोगी से संबंध: मैं रोगी हूं मैं रोगी का निजी प्रतिनिधि हूं (इसके पीछे संपर्क सूचना दें)

* यदि रोगी अवयस्क हो, या मानसिक या शारीरिक अक्षमता के कारण न पढ़ सकता हो और न प्रपत्र भर सकता हो, तो उसका निजी प्रतिनिधि इसे भर सकता है।

स्वास्थ्य सेवा प्रदाता: रोगी या उसका निजी प्रतिनिधि पहले पृष्ठ के पूरे हो जाने, हस्ताक्षरित और दिनांकित हो जाने के बाद इस दस्तावेज के दोनों ओर/पृष्ठों की प्रति अवश्य प्राप्त करें।



न्यू जर्सी बैंक व बीमा प्रभाग

उपयोग प्रबंधन (UM) निर्धारण की अपील में अभ्यावेदन की सहमति और चिकित्सीय अभिलेखों
(मेडिकल रिकॉर्ड्स) के जारी करने संबंधी प्राधिकरण के
प्रतिसंहरण (रद्द करने) की सूचना

आप किसी भी समय यूएम (UM) निर्धारण की अपील में स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को प्रतिनिधित्व की अनुमति और डीओबीआई (DOBI), आईयूआरओ (IUIRO) और चिकित्सा व्यावसायिकों, जो आईयूआरओ (IUIRO) से संबद्ध हैं, को अपने चिकित्सीय अभिलेख जारी करने की अनुमति संबंधी सहमति को रद्द कर सकते हैं। आप इस प्रपत्र को अपनी सहमति रद्द करने के लिए प्रयोग कर सकते हैं, या और यदि आप चाहे तो आप अपनी सहमति रद्द करने की इच्छा वाला कोई और लिखित साक्ष्य प्रस्तुत कर सकते हैं। दोनों ही स्थितियों में, यदि आपको वाहक से चरण 2 का यूएम (UM) निर्धारण प्राप्त नहीं हुआ है तो वाहक के प्रारंभिक यूएम (UM) निर्धारण के संबंध में प्राप्त वाहक की लिखित सूचना में दिए गए पते पर वाहक को लिखित और हस्ताक्षरित प्रतिसंहरण भेज दें। यदि आपको चरण 2 यूएम (UM) निर्धारण प्राप्त हो गया है तो आप अपने प्रतिसंहरण को निम्नलिखित पते पर भेजें:

New Jersey Department of Banking and Insurance
Consumer Protection Services
Office of Managed Care - Attn: IHCP
P.O. Box 329
Trenton, NJ 08625-0329

या कूरियर सेवा द्वारा: 20 West State Street

या फैक्स द्वारा: (609) 633-0807

आप शायद अपने प्रतिसंहरण की सूचना प्रति अपने स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को भी भेजना चाहेंगे।

जब आप अपनी सहमति को रद्द करना चाहें केवल तभी इसे भरें और भेजें!

यूएम निर्धारण अपील में चिकित्सीय अभिलेखों को जारी करने और अभ्यावेदन की सहमति का प्रतिसंहरण

मैं स्वास्थ्य सेवा प्रदाता का नाम के द्वारा अपना प्रतिनिधित्व किए जाने संबंधी अपनी सहमति और प्रतिकूल यूएम (UM) निर्धारण की अपील में चिकित्सा सूचना जारी किए जाने के प्राधिकरण को रद्द करता/करती हूं। मैं समझता/समझती हूं कि सहमति रद्द करने से यूएम (UM) अपील पर मेरे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा आगे कार्रवाई नहीं की जाएगी। मैं समझता/समझती हूं कि यह प्रतिसंहरण तब प्रभावी होगा जब मेरी व्यक्तिगत तथा चिकित्सीय सूचना डीओबीआई (DOBI), आईयूआरओ (IUIRO) और उनके चिकित्सीय व्यावसायिकों द्वारा बांटी जा चुकी होगी, परंतु मेरे प्राधिकरण के आधार पर अब इस विषय में कोई जानकारी बांटी नहीं जा सकेगी और मेरी चिकित्सीय और निजी सूचना सभी पक्षों द्वारा गोपनीय रखी जाएगी।

हस्ताक्षर : _____ बीमा आई डी# _____ दिनांक: _____
रोगी से संबंध: मैं रोगी हूं मैं रोगी का निजी प्रतिनिधि हूं

निजी प्रतिनिधि की संपर्क सूचना

यदि निजी प्रतिनिधि की संपर्क जानकारी रोगी की संपर्क जानकारी से भिन्न हो तो कृपया बताएं:

नाम छापें: _____

पता : _____

फोन : _____ फैक्स: _____ ईमेल: _____

स्वास्थ्य सेवा प्रदाता: रोगी या उसका निजी प्रतिनिधि पहले पृष्ठ के पूरे हो जाने, हस्ताक्षरित और दिनांकित हो जाने के बाद इस दस्तावेज़ के दोनों ओर/पृष्ठों की प्रति अवश्य प्राप्त करें।